

Información del consumidor

Nombre en el programa _____
 _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección física del consumidor _____
 (Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____
 Casa Celular

Es posible que nos comuniquemos con usted a través de SMS/Mensajes de texto en relación con sus servicios con CDCN. Tenga en cuenta que CDCN nunca solicitará información personal confidencial, como su número de Seguro Social, datos bancarios, dirección o fecha de nacimiento a través de mensajes de texto. Si recibe un mensaje de texto de CDCN y desea excluirse de futuros mensajes de texto, responda al mensaje inicial con "STOP"

ID de Medicaid _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento _____ # de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Agente fiscal anterior: ☐ Sí ☐ No – ¿el consumidor cambiará sus servicios de otro agente fiscal a CDCN?

En caso afirmativo, nombre del agente: _____

¿Empleador registrado (EOR) anterior?

☐ Sí ☐ No – ¿El consumidor cambiará de empleador registrado?

En caso afirmativo, nombre del EOR anterior: _____

Información del nuevo empleador registrado (EOR)

Relación del EOR con el consumidor: ☐ Consumidor (por sí mismo) ☐ Otro (describa): _____

Nombre en la tarjeta del Seguro Social _____
 _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección física del EOR _____
 (Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección postal del EOR (física o apartado postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____
 Casa Celular Fax

Fecha de nacimiento _____ # de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Correo electrónico _____

Cuentas anteriores: ☐ Sí ☐ No – ¿el EOR tiene un negocio existente de propietario único o empleador doméstico con cuentas establecidas? En caso afirmativo, proporcionar confirmación de su número de identificación patronal del IRS (carta de certificación EIN 147C o carta de confirmación EIN CP575).

Facilitador de servicio

Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____





Estimado futuro empleador:

Le damos la bienvenida a Consumer Direct Care Network Virginia (CDCN). CDCN es el agente fiscal/empleador (Fiscal/Employer Agent, F/EA) para el Programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor. Este paquete contiene información y formularios para establecerlo como empleador. Usted actuará como el empleador registrado (Employer of Record, EOR) de los asistentes que contrate. CDCN pagará y presentará los impuestos de nómina de sus asistentes.

Una vez que complete el Paquete de inscripción, siga los pasos a continuación:

1. Regístrese para obtener servicios en línea. Nuestro portal web es www.DirectMyCare.com. Aquí gestionará sus actividades de nómina, aprobará tiempo y podrá ver las autorizaciones de servicio.
2. Revise los procedimientos de verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV). La EVV es la manera en que los asistentes registrarán su entrada y salida para cada turno que trabajen. Deben utilizar un método de EVV aprobado: la aplicación móvil de CareAttend o el sistema de respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR) de CareAttend.

Para consultar las instrucciones y guías para usuarios de EVV y [DirectMyCare.com](http://www.DirectMyCare.com), visite <https://www.consumerdirectva.com/training-materials/>.

3. Contrate asistentes. Cada asistente debe entregar a CDCN un Paquete de nueva contratación. Podrá encontrar el paquete electrónico en la Página de formularios de nuestro sitio web.

¿Tiene preguntas? ¡Le ayudaremos con gusto! Llámenos al 1-888-444-8182 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p.m., excepto días feriados federales. O envíenos un correo electrónico a infocdva@consumerdirectcare.com.

Información de contacto importante

Centro de Atención al Cliente de CDCN

Departamento de Servicios de Asistencia Médica.....1-888-444-8182

Aetna Better Health de Virginia.....1-888-444-2418

Sentara Health de Virginia.....1-888-444-2419

Kaiser.....1-888-592-4341

Humana.....1-888-665-9781

Fax de CDCN (formularios).....1-877-747-7764

Correo electrónico de CDCN (formularios/correspondencia).....InfoCDVA@consumerdirectcare.com

Sitio web de CDCN (formularios/paquetes/instrucciones/materiales de capacitación)

.....www.ConsumerDirectVA.com

Portal web de CDCN (información de pago/aprobación de tiempo).<https://DirectMyCare.com/>

Líneas directas estatales

Línea directa de fraudes contra Medicaid de Virginia.....1-800-371-0824

Línea directa de Servicios de Protección para Adultos.....1-888-832-3858

Línea directa de Servicios de Protección Infantil.....1-800-552-7096



Lista de verificación de los formularios del paquete de inscripción del empleador para enviar a CDCN

(Los formularios se enumeran en el orden en que aparecen en el paquete).

1. ☐ Formulario de información del consumidor

- *Información del consumidor: llene todos los campos.*
- *Empleador registrado (EOR) anterior: marque sí o no para indicar si el consumidor cambiará de EOR. En caso afirmativo, escriba el nombre del EOR anterior.*
- *Información del nuevo EOR: llene todos los campos.*
- *Información del facilitador de servicios: escriba el nombre y la información de contacto del facilitador de servicios.*

2. ☐ Certificación del empleador registrado

- *Escriba los nombres del consumidor y el EOR en los recuadros en la parte superior del formulario.*
- *El EOR debe leer, firmar y fechar el formulario de Certificación.*

3. ☐ Formulario SS-4 del IRS

- *Línea 1: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido, y luego "HCSR". Ejemplo: John F Smith HCSR.*
- *Líneas 5a y b: escriba la dirección física en la que reside el EOR. No utilice direcciones postales.*
- *Línea 6: escriba el condado y el estado de residencia del EOR.*
- *Líneas 7a y b: escriba el nombre como figura en la tarjeta del Seguro Social. Escriba el número del Seguro Social.*
- *Línea 11: escriba la misma fecha que la fecha de firma en la parte inferior del formulario.*
- *Línea 18: marque NO si no tiene un FEIN. Si tiene uno, marque SÍ y escriba el número.*
- *Nombre y título: escriba el nombre igual que en la línea 1. Después de su nombre, escriba el título "Destinatario del servicio de atención domiciliaria". Ejemplo: John F Smith Destinatario del servicio de atención domiciliaria.*
- *Firma y fecha: firme con su nombre y escriba la fecha de hoy en la parte inferior del formulario. La firma debe incluir su primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.*
- *Número telefónico del solicitante: escriba su número telefónico.*

4. ☐ Formulario 2678 del IRS

- *Línea 1: si tiene un FEIN existente, escríbalo en la línea 1. Si no lo tiene, deje la línea 1 en blanco.*
- *Línea 2: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido, y luego "HCSR". Ejemplo: John F Smith HCSR.*
- *Líneas 3 a 5: no se requiere ninguna acción.*
- *Firme con su nombre aquí: firme con su nombre en la parte inferior del formulario. La firma debe incluir su primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.*
- *Fecha: escriba la fecha de la firma.*
- *Escriba su nombre aquí: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.*
- *Escriba su título aquí: escriba el título como "HCSR, empleador doméstico".*
- *Mejor teléfono durante el día: escriba su número telefónico preferido.*



Nombre del consumidor	Nombre del empleador registrado

Reconocimientos

Como empleador registrado (Employer of Record, EOR), haré lo siguiente:

1. Completaré todos los formularios que exige Consumer Direct Care Network Virginia (CDCN).
2. Obtendré un número federal de identificación del empleador. CDCN me ayudará con esto.
3. Contrataré, capacitaré y despediré a los empleados.
4. Para cada empleado:
 - Enviaré la documentación de nueva contratación a CDCN.
 - Me aseguraré de que solo trabajen las horas aprobadas.
 - Me aseguraré de que no trabajen cuando el consumidor esté en un hospital u hogar para ancianos.
 - Me aseguraré de que marquen la entrada y la salida de cada turno trabajado utilizando un método aprobado de verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV).
5. Usaré el proceso aprobado de excepción manual de EVV solo cuando sea necesario. Las razones por las que un empleado necesitaría ajustar o corregir un turno incluyen:
 - El asistente marcó su entrada o salida a la hora incorrecta.
 - El asistente olvidó marcar su entrada o salida.
 - El teléfono o la tableta del asistente no funcionaba.
 - El asistente no llevaba consigo su teléfono o tableta.
 - La aplicación móvil no funcionaba.
 - El consumidor tuvo una emergencia.
 - El asistente fue recién inscripto y trabajo antes de ser configurado en el sistema de CDCN.

El proceso de excepción manual no cumple los requisitos de la EVV.

6. Denunciaré cualquier maltrato, abandono o explotación de un Consumidor al Departamento de Servicios Sociales.
7. Los salarios provienen de fondos federales y estatales. Puedo denunciar sospechas de fraude a Medicaid a la línea directa de fraudes contra Medicaid de Virginia. La información de contacto para la presentación de informes está disponible en el sitio web del CDCN, en la pestaña Recursos/Prevención del fraude.

Entiendo que CDCN actuará como mi agente fiscal para el pago de nómina y la declaración de impuestos sobre la nómina. Autorizo a CDCN para que cree y administre cuentas fiscales en mi nombre con agencias estatales y federales. Si es necesario, autorizo a CDCN para que corrija mis formularios SS-4 y 2678 antes de enviarlos al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Las correcciones se harán con base en la información proporcionada en el Formulario de datos o en el aviso que yo envíe a CDCN.

Nombre del empleador registrado

Firma

Fecha



Consumer Name	Employer of Record Name

What is EVV (Electronic Visit Verification)?

EVV is a system that records when and where an Attendant starts and ends their shift. It's required by the federal government. You must use the approved EVV method to start and stop each shift.

EVV tracks your location at the beginning and end of each shift. It will not change where you can receive services.

Your information is kept private and protected under HIPAA.

Who needs to use EVV?

Attendants who do not live with the member must clock in and out for every shift using one of the methods below:

- Smart Phone Mobile Application
- Interactive Voice Response (IVR) system

What are the benefits of EVV?

- Attendants can submit their shifts quickly and easily in real time.
- Helps reduce mistakes and makes sure payment is correct.
- Meets federal and state rules.

Who makes sure the attendant is following the EVV rules?

The Employer of Record (EOR) is responsible for making sure the Attendant uses an approved EVV method to submit their shifts. If this doesn't happen, the Consumer could lose access to Consumer Directed services.

Where can I find additional information on EVV?

For more information, please visit the link below:

Employer of Record (EOR) manual: <https://www.dmas.virginia.gov/media/3868/employer-of-record-manual-august-2021.pdf>

Consumer Direct Care Network (CDCN) EVV Resources: <https://www.consumerdirectva.com/evv-questions/>

Attestation:

By signing below, I agree that I have read and understand that using EVV is required by the federal government.

I know that if I don't follow these rules, I could lose my Consumer Directed services.

Employer of Record, Printed Name

Signature

Date



Application for Employer Identification Number
(For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches,
government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.)
See separate instructions for each line. Keep a copy for your records.
Go to www.irs.gov/FormSS4 for instructions and the latest information.

OMB No. 1545-0003

EIN

Type or print clearly.	1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested HCSR																	
	2 Trade name of business (if different from name on line 1)		3 Executor, administrator, trustee, "care of" name															
	4a Mailing address (room, apt., suite no. and street, or P.O. box) 100 Consumer Direct Way, Suite 303-VA		5a Street address (if different) (Don't enter a P.O. box.)															
	4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions) Missoula, MT 59808		5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)															
	6 County and state where principal business is located																	
	7a Name of responsible party		7b SSN, ITIN, or EIN															
8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? ☐ Yes ☒ No			8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members 0															
8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? ☐ Yes ☒ No																		
9a Type of entity (check only one box). Caution: If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check. <table style="width:100%;"><tr><td>☐ Sole proprietor (SSN)</td><td>☐ Estate (SSN of decedent)</td></tr><tr><td>☐ Partnership</td><td>☐ Plan administrator (TIN)</td></tr><tr><td>☐ Corporation (enter form number to be filed)</td><td>☐ Trust (TIN of grantor)</td></tr><tr><td>☐ Personal service corporation</td><td>☐ Military/National Guard ☐ State/local government</td></tr><tr><td>☐ Church or church-controlled organization</td><td>☐ Farmers' cooperative ☐ Federal government</td></tr><tr><td>☐ Other nonprofit organization (specify)</td><td>☐ REMIC ☐ Indian tribal governments/enterprises</td></tr><tr><td colspan="2">☒ Other (specify) HCSR</td></tr></table> Group Exemption Number (GEN) if any				☐ Sole proprietor (SSN)	☐ Estate (SSN of decedent)	☐ Partnership	☐ Plan administrator (TIN)	☐ Corporation (enter form number to be filed)	☐ Trust (TIN of grantor)	☐ Personal service corporation	☐ Military/National Guard ☐ State/local government	☐ Church or church-controlled organization	☐ Farmers' cooperative ☐ Federal government	☐ Other nonprofit organization (specify)	☐ REMIC ☐ Indian tribal governments/enterprises	☒ Other (specify) HCSR		
☐ Sole proprietor (SSN)	☐ Estate (SSN of decedent)																	
☐ Partnership	☐ Plan administrator (TIN)																	
☐ Corporation (enter form number to be filed)	☐ Trust (TIN of grantor)																	
☐ Personal service corporation	☐ Military/National Guard ☐ State/local government																	
☐ Church or church-controlled organization	☐ Farmers' cooperative ☐ Federal government																	
☐ Other nonprofit organization (specify)	☐ REMIC ☐ Indian tribal governments/enterprises																	
☒ Other (specify) HCSR																		
9b If a corporation, name the state or foreign country (if applicable) where incorporated		State	Foreign country															
10 Reason for applying (check only one box) <table style="width:100%;"><tr><td>☐ Started new business (specify type)</td><td>☐ Banking purpose (specify purpose)</td></tr><tr><td>☐ Hired employees (Check the box and see line 13.)</td><td>☐ Changed type of organization (specify new type)</td></tr><tr><td>☐ Compliance with IRS withholding regulations</td><td>☐ Purchased going business</td></tr><tr><td>☒ Other (specify) HCSR</td><td>☐ Created a trust (specify type)</td></tr><tr><td></td><td>☐ Created a pension plan (specify type)</td></tr></table>				☐ Started new business (specify type)	☐ Banking purpose (specify purpose)	☐ Hired employees (Check the box and see line 13.)	☐ Changed type of organization (specify new type)	☐ Compliance with IRS withholding regulations	☐ Purchased going business	☒ Other (specify) HCSR	☐ Created a trust (specify type)		☐ Created a pension plan (specify type)					
☐ Started new business (specify type)	☐ Banking purpose (specify purpose)																	
☐ Hired employees (Check the box and see line 13.)	☐ Changed type of organization (specify new type)																	
☐ Compliance with IRS withholding regulations	☐ Purchased going business																	
☒ Other (specify) HCSR	☐ Created a trust (specify type)																	
	☐ Created a pension plan (specify type)																	
11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions.		12 Closing month of accounting year December																
13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none). If no employees expected, skip line 14. <table style="width:100%; text-align: center;"><tr><td>Agricultural</td><td>Household</td><td>Other</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>		Agricultural	Household	Other	0	0	0	14 If you expect your employment tax liability to be \$1,000 or less in a full calendar year and want to file Form 944 annually instead of Forms 941 quarterly, check here. (Your employment tax liability will generally be \$1,000 or less if you expect to pay \$5,000 or less, \$6,536 or less if you're in a U.S. territory, in total wages.) If you don't check this box, you must file Form 941 for every quarter. ☐										
Agricultural	Household	Other																
0	0	0																
15 First date wages or annuities were paid (month, day, year). Note: If applicant is a withholding agent, enter date income will first be paid to nonresident alien (month, day, year) N/A																		
16 Check one box that best describes the principal activity of your business. <table style="width:100%;"><tr><td>☐ Construction</td><td>☐ Rental & leasing</td><td>☐ Transportation & warehousing</td><td>☐ Health care & social assistance</td><td>☐ Wholesale—agent/broker</td></tr><tr><td>☐ Real estate</td><td>☐ Manufacturing</td><td>☐ Finance & insurance</td><td>☐ Accommodation & food service</td><td>☐ Wholesale—other</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>☒ Other (specify) HCSR</td><td>☐ Retail</td></tr></table>				☐ Construction	☐ Rental & leasing	☐ Transportation & warehousing	☐ Health care & social assistance	☐ Wholesale—agent/broker	☐ Real estate	☐ Manufacturing	☐ Finance & insurance	☐ Accommodation & food service	☐ Wholesale—other				☒ Other (specify) HCSR	☐ Retail
☐ Construction	☐ Rental & leasing	☐ Transportation & warehousing	☐ Health care & social assistance	☐ Wholesale—agent/broker														
☐ Real estate	☐ Manufacturing	☐ Finance & insurance	☐ Accommodation & food service	☐ Wholesale—other														
			☒ Other (specify) HCSR	☐ Retail														
17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided. HCSR																		
18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? ☐ Yes ☒ No If "Yes," write previous EIN here																		
Third Party Designee	Complete this section only if you want to authorize the named individual to receive the entity's EIN and answer questions about the completion of this form.																	
	Designee's name Madison Haynes		Designee's telephone number (include area code) 406-532-8502 ext. 8															
	Address and ZIP code 100 Consumer Direct Way, Suite 304, Missoula, MT 59808		Designee's fax number (include area code) 406-532-8588															
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this application, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.			Applicant's telephone number (include area code)															
Name and title (type or print clearly) Home Care Service Recipient			Applicant's fax number (include area code)															
Signature			Date															



Form **2678** **Employer/Payer Appointment of Agent**

(Rev. December 2024) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

- If you're an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note: This appointment isn't effective until we approve your request. See the instructions for more information.

- If you're an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

For IRS use:**Part 1: Why you're filing this form.**

(Check one)

- ☐ You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
- ☐ You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.**1 Employer identification number (EIN)**

		-							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

2 Employer's or payer's name
(not your trade name)

--

3 Trade name (if any)

--

4 Address

Number	Street	Suite or room number
City	State	ZIP code
Foreign country name	Foreign province/county	Foreign postal code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. (Check all that apply.)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return* (all 940 series)	☐	☐
Form 941, Employer's QUARTERLY Federal Tax Return (all 941 series)	☐	☐
Form 943, Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees (all 943 series)	☐	☐
Form 944, Employer's ANNUAL Federal Tax Return (all 944 series)	☐	☐
Form 945, Annual Return of Withheld Federal Income Tax	☐	☐
Form CT-1, Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return	☐	☐
Form CT-2, Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return	☐	☐

* Generally, you can't appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, unless you're a home care service recipient.

- ☐ Check here if you're a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

**Sign your
name here**

--

Print your name here

--

Print your title here

--

Date

/	/
---	---

Best daytime phone

--

Now give this form to the agent to complete.

Calendario de Nómina 2025

Clave de símbolos: ○ Día de paga

△ Asuetos bancarios y postales



ENERO							FEBRERO							MARZO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			△ 1	2	○ 3	4							1							1
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8
12	△ 13	14	15	16	○ 17	18	9	△ 10	11	12	13	○ 14	15	9	10	11	12	13	○ 14	15
19	△ 20	21	22	23	24	25	16	△ 17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22
26	27	28	29	30	○ 31		23	24	25	26	27	○ 28		23	24	25	26	27	○ 28	29
														30	31					
ABRIL							MAYO							JUNIO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	○ 6	7
6	7	8	9	10	○ 11	12	4	5	6	7	8	○ 9	10	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	△ 19	○ 20	21
20	21	22	23	24	○ 25	26	18	19	20	21	22	○ 23	24	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30				25	△ 26	27	28	29	30	31	29	30					
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	○ 3	△ 4	5						○ 1	2		△ 1	2	3	4	5	6
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	○ 12	13
13	14	15	16	17	○ 18	19	10	11	12	13	14	○ 15	16	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	○ 26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	○ 29	30	28	29	30				
							31													
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	3	4							1		1	2	3	4	○ 5	6
5	△ 6	7	8	9	○ 10	11	2	3	4	5	6	○ 7	8	7	8	9	10	11	12	13
12	△ 13	14	15	16	17	18	9	10	△ 11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	○ 19	20
19	20	21	22	23	○ 24	25	16	17	18	19	20	○ 21	22	21	22	23	24	△ 25	26	27
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	△ 27	28	29	28	29	30	31			
							30													

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2025

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

***Día de Año Nuevo** - Miércoles 1 de Enero

***Día de Martin Luther King, Jr.** - Lunes 20 de Enero

Día de los Presidentes - Lunes 17 de Febrero

***Día de los Caídos** - Lunes 26 de Mayo

***Juneteenth** - Jueves 19 de Junio

***Día de la Independencia** - Viernes 4 de Julio

***Día del Trabajo** - Lunes 1 de Septiembre

Día de Colón - Lunes 13 de Octubre

***Día de los Veteranos** - Martes 11 de Noviembre

***Día de Acción de Gracias** - Jueves 28 de Noviembre

***Día de Navidad** - Jueves 25 de Diciembre



Las semanas laborales son de Jueves a Miércoles. Debes enviar tu tiempo diariamente usando EVV. Las correcciones deben ser entregadas antes de la fecha límite. El retraso en el tiempo o el tiempo con errores puede resultar en un pago atrasado. ¡Gracias!

Periodo de paga de dos semanas		Fecha limite de correcciones a tiempo EVV	Fecha de pago
Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Jueves	Miércoles	Viernes	Viernes
12/12/2024	12/25/2024	12/27/2024	1/3/2025
12/26/2024	1/8/2025	1/10/2025	1/17/2025*
1/9/2025	1/22/2025	1/24/2025	1/31/2025
1/23/2025	2/5/2025	2/7/2025	2/14/2025*
2/6/2025	2/19/2025	2/21/2025	2/28/2025
2/20/2025	3/5/2025	3/7/2025	3/14/2025*
3/6/2025	3/19/2025	3/21/2025	3/28/2025
3/20/2025	4/2/2025	4/4/2025	4/11/2025*
4/3/2025	4/16/2025	4/18/2025	4/25/2025
4/17/2025	4/30/2025	5/2/2025	5/9/2025*
5/1/2025	5/14/2025	5/16/2025	5/23/2025
5/15/2025	5/28/2025	5/30/2025	6/6/2025*
5/29/2025	6/11/2025	6/13/2025	6/20/2025
6/12/2025	6/25/2025	6/27/2025	7/3/2025*
6/26/2025	7/9/2025	7/11/2025	7/18/2025
7/10/2025	7/23/2025	7/25/2025	8/1/2025*
7/24/2025	8/6/2025	8/8/2025	8/15/2025
8/7/2025	8/20/2025	8/22/2025	8/29/2025*
8/21/2025	9/3/2025	9/5/2025	9/12/2025
9/4/2025	9/17/2025	9/19/2025	9/26/2025*
9/18/2025	10/1/2025	10/3/2025	10/10/2025
10/2/2025	10/15/2025	10/17/2025	10/24/2025*
10/16/2025	10/29/2025	10/31/2025	11/7/2025
10/30/2025	11/12/2025	11/14/2025	11/21/2025*
11/13/2025	11/26/2025	11/28/2025	12/5/2025
11/27/2025	12/10/2025	12/12/2025	12/19/2025*
12/11/2025	12/24/2025	12/26/2025	1/2/2026

*Si corresponde, el monto del Pago del paciente se resta del pago en estas fechas.

Página Web: www.ConsumerDirectVA.com

Correo electrónico: InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com

Fax: 877-747-7764

DMAS: 888.444.8182

Aetna: 888.444.2418

Sentara Health Plans: 888.444.2419

Kaiser: 888.592.4341

Humana: 888.665.9781